

介護保険福祉用具購入費受領委任払い承認申請書（兼同意書）

フリガナ			保険者番号		0	2	2	0	6	1
被保険者氏名			被保険者番号							
住 所										
福祉用具の 種目	☐ 腰掛便座 ☐ 自動排泄処理装置の交換可能部品 ☐ 排泄予測支援機器 ☐ 入浴補助用具 ☐ 簡易浴槽 ☐ 移動用リフトのつり具の部分 ☐ 固定用スロープ ☐ 歩行器（歩行車は除く） ☐ 歩行補助つえ									
購入予定日	令和	年	月	日	購入予定額	円				
（あて先） 十和田市長 上記の福祉用具購入に係る福祉用具購入費の受領に関する権限を、下記の事業者に委任したいので、申請します。 令和 年 月 日 申請者住所 （委任者） 氏 名 印 電話番号										
（あて先） 十和田市長 上記の福祉用具購入に係る福祉用具購入費の受領に関する権限の委任を受けることに同意します。 令和 年 月 日 事業者所在地 （受任者） 名 称 代表者氏名 印 電話番号										

注意 ・ 介護保険料に未納がある人、給付制限を受けている人は受領委任払いを利用することができません。

* 事業者（受任者）の福祉用具購入費振込用の口座

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協				本店	支店	口座 種別	1 普 通 2 当 座 3 その他
金融機関コード					店 舗 コード			
フリガナ					口 座 番 号			
口 座 名 義								

課 長	補 佐	係 長	係	上記の申請者について、 下記のとおり通知して よろしいか。	決定年月日			
介護保険料の未納の有無			有 ・ 無	介護保険の給付制限の有無			有 ・ 無	
福祉用具購入費受領委任払いを 承認 ・ 不承認 する。								